



FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS

Helseavdelingen

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:	Deres dato:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
	24.07.2006	2006/15415 FM-H	Otto Closs	20.10.2006

FORSKRIFTSENDRINGER I FORBINDELSE MED ENDRINGER I LOV OM PSYKISK HELSEVERN OG PASIENTRETTIGHETSLOVEN – HØRINGSUTTALELSE FRA FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS

Fylkesmannen i Oslo og Akershus viser til Deres brev av 24.7.2006.

Fylkesmannen har merket seg at forskriftsendringene er en følge av de lovendringer som er gjennomført i lov om psykisk helsevern for å styrke ivaretagelsen av pasientrettigheter innen det psykiske helsevernet. Pasientrettighetsloven skal fra årsskiftet gjelde fullt ut også for pasienter i det psykiske helsevernet. Dette er ment å bidra til å normalisere synet på personer med psykiske lidelser. I den forbindelse ser Fylkesmannen det som vesentlig at personer som på grunn av en alvorlig sinnslidelse mangler samtykkeevne likestilles med andre grupper (psykisk utviklingshemmete og demente) når det gjelder rett til representasjon. Likeledes er det viktig at lov og forskriftsverk gjenspeiler at også personer som på grunn av en alvorlig sinnslidelse mangler sykdomsinnsikt, og derfor kanskje motsetter seg å få behandling, skal være sikret rett til faglig sett riktig, god og omsorgsfull behandling.

Vurdering av samtykkekompetanse har hittil ikke vært gjennomført systematisk i det psykiske helsevernet nettopp fordi pasientrettighetsloven bare har vært gjeldende "så langt den passer". Vi mener plikten til å vurdere samtykkeevnen også i det psykiske helsevernet kunne vært betont enda sterkere i lov og forskrift. Nå bør departementet, i det minste i merknadene til forskriftene, understreke viktigheten av å vurdere samtykkeevnen konkret hver gang en pasient skal gi informert samtykke, og gi klare føringer for hvilke konsekvenser det bør få når pasienten mangler samtykkeevne.

Høringsuttalelse til forslagene til endringer i gjeldende og forslag til nye forskrifter vil bli gitt i den rekkefølge de er nevnt i høringsnotatet. Forskrifter som vi ikke har kommentarer til nevnes ikke.

Ny forskrift om skjerming

I § 6 første ledd under vilkår heter det bare:

"Skjerming skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller hensyn til andre pasienter"

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon: 22 00 35 00	Saksbehandler: Otto Closs
Postboks 8111 Dep	Tordenskiolds gt 12	Telefaks:	Direkte telefon: 22 00 39 03
0032 OSLO	Inngang sjøsiden	Internett:	E-post: postmottak@fmoa.no
		www.fylkesmannen.no/OsloOgAkershus	Org.nummer: NO 974 761 319

Ute i avdelingene vil ofte beleggsituasjonen, bemanningen, sengetallet i posten og rommenes størrelse og utforming og planløsningen, være faktiske momenter som har avgjørende innflytelse på når skjerming benyttes. I den forbindelse er det viktig at skjermingsenheten kommer i tillegg til, og ikke er inkludert i, det antall plasser posten er godkjent for. Denne forutsetningen burde på en eller annen måte vært tatt inn som et krav i forskriften av 3.11.2000 om godkjenning.

Dersom hensyn til personalet også skal kunne vektlegges bør det nevnes eksplisitt i § 6. Dersom dette *ikke* skal kunne være en del av beslutningsgrunnlaget bør det sies klart i merknadene.

Forslag til endringer i forskrift av 21. desember 2000 nr 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v.

Vi forstår det slik at begjæring om tvungent psykisk helsevern (tutel) fortsatt kan avgis av de instanser som er nevnt i § 4, men at tutel ikke lenger er en nødvendig forutsetning for lovlig etablering av tvungent vern. Når det gjelder innsatte i fengslene antar vi at det kan være behov for at rollefordelingen mellom fengselsdirektør, fengselslege, legevaktlege og kommunelege/bydelslege klargjøres i merknadene.

Vi legger til grunn at fengselslegen i følge forslaget vil kunne konkludere med at det er grunnlag for at en innsatt underkastes tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, uten at fengseldirektøren har avgitt tutel. Vil det samme gjelde dersom en legevaktlege kommer til samme konklusjon etter å ha vært på sykebesøk hos en innsatt?

Ettersom det er kommunehelsetjenesten/bydelshelsetjenesten som har ansvar for helsetjenesten og yter allmennlegetjeneste til de innsatte i fengslene, kan det være ønskelig å presisere at kommunelege/bydelslege ikke vil ha ansvar for å begjære noen innlagt, selv om vedkommende *"gjennom sin virksomhet blir kjent med personer som antas å fylle kriteriene for tvungent psykisk helsevern"*.

I og med at kravet om tutel er opphevet medfører endringen en styrking av undersøkende leges rolle. Vi legger i den forbindelse til grunn at den faglig ansvarlige for vedtak ikke (lenger) kan sette som forutsetning at personer som innlegges til observasjon eller tvungent vern som øyeblikkelig hjelp er *"forhåndsvurdert"* av spesialist i psykiatri, slik det i dag er vanlig i Oslo (jfr psykiatrisk vaktjeneste/legevakt).

Forslag til endringer i forskrift av 24. november 2000 nr 1173 om bruk av tvangsmidler

Fylkesmannen i Oslo og Akershus finner at den endringen som er foretatt i lovens § 4-8 femte ledd er uheldig i og med at vedtak om tvangsmiddel nå normalt skal kreve vedtak av faglig ansvarlig, og at det ikke lenger er krav om at den som beslutter bruk av tvangsmiddel skal være lege. Forskriftens bestemmelser i § 6 er for så vidt bare en videre oppfølging av dette. Vi finner likevel at forskriften kunne vært brukt til å presisere at det normale skal være at vedtak om bruk av tvangsmidler fattes av en lege. Dette skulle ikke behøve noen videre begrunnelse når det gjelder *"bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt"* i det psykologer, som kan være faglig ansvarlig for vedtak, ikke bør anses kompetente til å forskrive legemidler til pasienter i akutte situasjoner når de ikke er det når det gjelder annen legemiddelbehandling uten eget samtykke, jfr lovens § 4-4. Når det i § 6 annet ledd vises til at *"ansvarshavende ved avdelingen"* skal kunne vedta bruk av tvangsmidler når det i en akutt nødssituasjon ikke er mulig å få kontakt med den faglig ansvarlige for vedtak, er det uklart

hvilke(n) personellkategori(er) det siktes til. Her burde det etter vårt syn i det minste vært vist til at vedtaket i slike tilfeller skal fattes av vakthavende lege.

Vi finner grunn til å reise spørsmål om kravet til forsvarlighet vil være tilstrekkelig ivaretatt dersom personell som ikke er lege skal kunne beslutte valg av tvangsmiddel til pasienter som kan ha alvorlige somatiske sykdommer i tillegg til sin psykiske lidelse.

Forslag til endring av forskrift av 1. desember 2000 nr 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet

Myndighet til å fatte vedtak som faglig ansvarlig foreslås nå i ny § 3 tillagt psykiater/klinisk psykolog direkte, og ikke som i gjeldende forskrift på delegasjon fra avdelingsoverlegen.

I § 4 er det presisert at det er den enkelte institusjons ansvar å sørge for forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell. Vi forstår det slik at avdelingen på selvstendig grunnlag må vurdere om bemanningen med legespesialister og kliniske psykologer er forsvarlig *og på nivå med den bemanningen som ble lagt til grunn ved godkjenning av institusjonen/avdelingen til å ha ansvar for TPH*. Dersom avdelingen ikke oppfyller kravene til bemanning bør forskriften pålegge institusjonens ledelse å søke Sosial- og helsedirektoratet om dispensasjon fra godkjenningsforskriften.

Ordningen med en egen dispensasjonsadgang i § 5, (tidligere § 6) foreslås opphevet, i og med at det i følge § 4 er institusjonen selv som skal være ansvarlig for at det personell som gis vedtakskompetanse er faglig kvalifisert. Institusjonen gis derved en adgang til selv å dispensere fra kvalifikasjonskravene i forskriften for personell som ikke oppfyller kravene fullt ut. Merknaden bør sette grenser for hvilke rammer som skal gjelde for dispensasjonsadgangen og at vedtakskompetansen i slike tilfeller skal være gitt vedkommende skriftlig og med kopi til kontrollkommisjonen og Helsetilsynet i fylket.

Forslag til endring av forskrift av 24. november 2000 nr 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Det er vår erfaring at det er stor usikkerhet ute i avdelingene om hvordan kapittel 1 i PHL er å forstå når det gjelder juridisk bistand i forbindelse med vedtak etter denne forskriften.

Det er derfor behov for at departementet tydeliggjør, fortrinnsvis i selve forskriftsteksten, eventuelt i merknadene, hvem som i hvilke situasjoner har plikt til å bistå pasienten med å skaffe juridisk bistand og hvem som i tilfelle skal garantere for at utgiftene til advokatbistand blir dekket. Slik det nå kan det i praksis vise seg vanskelig for en pasient å få advokatbistand i forbindelse med klage på vedtak etter denne forskriften dersom det ikke samtidig fremmes klage til kontrollkommisjonen på tvangsinnleggelsen, noe som ikke behøver å være noe pasienten ønsker.

Det er videre viktig at regelverket utformes med klar forståelse av at pasienten ikke nødvendigvis har samtykkeevne.

Etter vår oppfatning vil inkludering av tvangsernæring i PHL § 4-4 forsterke behovet for klarere regler på dette området.

Når det gjelder de nye bestemmelsene i §§ 5 og 9 mener vi at ernæring bør sidestilles med legemidler i den forstand at vedtak bare skal kunne fattes av faglig ansvarlig overlege. Fylkesmannen anser det ikke som tilstrekkelig at pasienten skal være undersøkt av lege før vedtak om ernæring uten eget samtykke fattes ettersom det ikke utelukker at vedkommende som foretar undersøkelsen er uerfaren (f.eks. en turnuslege eller en lege med begrenset lisens som ikke har fullført turnustjenesten). Dersom det stilles krav om at vedtaket skal fattes av faglig ansvarlig overlege sikrer man på best mulig måte at den som fatter vedtaket har full innsikt i hvilken medisinsk kompetanse som bør konsulteres før slik ernæring blir iverksatt.

I denne forskriften benyttes følgende begreper med tilsynelatende nokså likt meningsinnhold:

- fare for alvorlig helseskade (§§ 5 og 10)
- tungtveiende behandlingsmessige grunner (§ 6)
- strengt nødvendig ledd (§ 9)

Det er uklart for oss om departementet her har ment å uttrykke nyanser i hvor nødvendig det skal kreves å være å sette i verk behandlingen. I så tilfelle bør dette gå fram av merknadene. Dersom det meningsinnholdet departementet legger i betegnelsene derimot er helt, eller tilnærmet helt, likt, bør begrepsbruken harmoniseres. En mulighet vil da være å sette som betingelse at det skal være tvingende nødvendig å iverksette legemiddelbehandling eller ernæring uten pasientens samtykke, for at behandlingen skal være faglig forsvarlig.

Forslag til endringer i forskrift av 24. november 2000 nr 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

Dagens regelverk inneholder et krav om at pasienten skal *bo på egen bopel* for å kunne være under TPH uten døgnopphold i institusjon. Derved utelukkes at pasienter under TPH kan holdes i institusjon, eller institusjonsliknende botilbud, som ikke er godkjent til å ha ansvar for TPH. Etter vår oppfatning har denne bestemmelsen sikret en ikke uvesentlig rettighet for pasienter som ikke har boevne nok til å klare seg i egen bolig. For pasienter som ikke kan klare seg uten et bemannet botilbud vil personellens antall og faglige kvalifikasjoner ikke være uten betydning. Blant annet gjelder dette hvorvidt det ressursmessig er lagt til rette for administrering av legemidler annet enn i depotform.

Når det gjelder de foreslåtte endringene er det uklart for oss hvilken betydning det er ment å ha at man i forslaget bruker ulike betegnelser på bosted. I forslaget til ny § 2 brukes betegnelsen "pasientens bopel" når det gjelder å beskrive hvor TPH ikke kan omfatte tvangstiltak, mens det i § 3 legges til rette for at TPH uten døgnopphold kan gjennomføres mens pasienten bor i "egen bolig *eller annet botilbud*". Betegnelsen "annet botilbud" er nokså vid og vil etter vårt syn også kunne omfatte bemannede botilbud i institusjon eller i "institusjonsliknende, bemannede botilbud". TPH *uten* døgn vil da i realiteten kunne være TPH *med* døgn, men i ikke-godkjent institusjon. Forskriftsendringen vil dermed kunne føre til en kvalitetsforringelse av vernet.

Dersom departementet mener at TPH uten døgn fortsatt skal ha som forutsetning at pasienten har boevne nok til å bo i egen bolig, men at TPH uten døgn skal kunne opprettholdes selv om pasienten *midlertidig* har opphold i en institusjon som ikke er godkjent, bør formuleringen i § 3 annet ledd endres til: " mens pasienten bor i egen bolig eller *midlertidig* har opphold i annet botilbud".

Pasienter under TPH , som vurderes ikke å ha behov for fortsatt døgntilbud i 2. linjetjenesten, men som på grunn av sinnslidelsen er uten boevne i egen (evt kommunal) bolig faller i dag mellom to stoler både i forhold til omsorgsansvaret og i regelverket i PHL. Regelverket burde etter vårt syn i større grad "ta høyde for" at denne pasientgruppen finnes, og legge til rette for at gruppens bo- og behandlingstilbud blir ivaretatt på en betryggende måte.

Vi forutsetter at det fortsatt skal være slik at tvangstiltak (ut over avhenting) ikke skal kunne anvendes uten i institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Dette blir etter vårt syn for uklart med de formuleringer som er foreslått. Forbudet mot bruk av tvang gjelder bare pasientens bopel (= egen bolig?) og ikke nødvendigvis andre, mer institusjonslikende botilbud. Det bør derfor tydeliggjøres i § 2 at tvangsmidler fortsatt ikke skal kunne benyttes i institusjon som ikke er godkjent for TPH med døgnopphold.

Med hilsen



KETIL KONGELSTAD
ASS. FYLKESLEGE



Otto Closs
seniorrådgiver